



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



POWIAT
PSZCZYŃSKI
przestrzeń aktywności



Karta zgłoszenia kandydata na świadczenie usługi asystenta osoby niepełnosprawnej w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” edycja 2019-2020

Miejscowość, data

I. Dane:

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

Adres zamieszkania:

Telefon:

E-mail:

II. Oświadczenia:

Oświadczam, że **nie jestem** członkiem rodziny, opiekunem prawnym oraz nie zamieszkuję razem z osobą niepełnosprawną, wobec której będę świadczył usługę asystenta.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

III. Załączniki:

- ☐ kopia dyplomu potwierdzającego uzyskanie kwalifikacji w zawodzie asystenta osoby niepełnosprawnej,
- ☐ kopia dokumentu potwierdzającego wykształcenie co najmniej średnie a także co najmniej rocznego, udokumentowanego doświadczenia w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji Programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

.....
(podpis kandydata)